

Aborto séptico: relato de caso

Septic abortion: a case report

Alberto Pereira Ferraz¹, Guilherme Gomes Duarte¹, Joyce Romano Lamounier¹, Luana Lopes de Toledo¹, Lucas Almeida Fernandes Junior¹, Ludmila Resende Guedes¹, Marcela Nascimento¹, Thiago Henrique Chaves Secundo¹, Selmo Geber²

RESUMO

O abortamento espontâneo é processo relativamente comum e muitas vezes inaparente. A maioria representa eliminação pelo organismo materno de conceptos anormais ou inviáveis, representando processo de seleção natural na espécie humana, provavelmente sem repercussões para a vida reprodutiva. Os casos clinicamente detectáveis, por outro lado, podem ser causa importante de morbimortalidade em mulheres no período fértil. Este relato descreve paciente com abortamento infectado que evoluiu com complicações graves, com instabilidade hemodinâmica e sepse.

Palavras-chave: Aborto Espontâneo; Aborto Séptico.

¹ Acadêmicos do 10º período do Curso de Medicina da Faculdade de Medicina (FM), Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).

² Professor Associado do Departamento de Ginecologia e Obstetria da FM UFMG

ABSTRACT

Spontaneous abortion is a fairly common and, in many cases, an unnoticed event. It is frequently acknowledged as the expulsion of an abnormal or nonviable fetus from its mother, and is thought to represent a mechanism of natural selection, without any likely repercussions over reproductive life. Clinically relevant cases, however, might account for great morbidity and mortality of women during reproductive age. This article describes a case of spontaneous abortion with retained products of conception followed by severe hemodynamic instability and sepsis.

Key words: Abortion, Spontaneous; Abortion, Septic.

INTRODUÇÃO

O aborto ou abortamento constitui-se na interrupção da gravidez antes da viabilidade fetal, podendo ser provocado ou espontâneo. São considerados inviáveis fetos com menos de 20 semanas de gestação ou com peso inferior a 500g. O aborto incompleto, por sua vez, é a forma clínica em que o organismo materno não conseguiu eliminar todos os componentes da gravidez. Ocorre, em geral, em gestações acima de 10 semanas, como consequência das aderências das vilosidades coriônicas ao útero, ocasionando sangramento vaginal intermitente.

A eliminação dos restos gestacionais e o sangramento de forma intermitente mantêm o orifício do colo aberto, ensejando a ascensão da flora vaginal ou intestinal em direção aos órgãos genitais internos. Configura-se, então, o aborto séptico, que pode variar desde infecção localizada na cavidade uterina e decídua, com preservação do estado geral, até formas em que a infecção progride em direção ao mio-

Instituição:
Departamento de Ginecologia e Obstetria da UFMG

Endereço para correspondência:
Avenida Professor Alfredo Balena, nº190, sala 217
Bairro Santa Efigênia
Belo Horizonte, MG
Cep: 30130-100
E-mail: gob@medicina.ufmg.br

métrio, paramétrio, anexos e peritônio. São obtidos elevados índices de morbimortalidade em vigência de resposta inflamatória sistêmica e sepse.

DESCRIÇÃO DO CASO

Paciente de 16 anos de idade, previamente hígida, compareceu ao Hospital Universitário Risoleta Tolentino Neves (HRTN) encaminhada por Unidade de Pronto Atendimento (UPA) devido à queixa de sangramento vaginal há 10 dias. Há duas semanas iniciou com cefaleia e comprometimento do estado geral. Evoluiu com palidez cutânea e, quando indagada por familiares sobre sua saúde, atribuiu sua sintomatologia a alterações menstruais. O sangramento vaginal se manteve, surgindo-lhe febre, fraqueza, náuseas, vômitos, cólicas abdominais, dor retro-orbitária e cefaleia, no dia em que procurou atendimento médico de urgência.

Foram solicitados, na Unidade de Pronto Atendimento, antes de ser encaminhada ao HRTN, os seguintes exames complementares: β HCG qualitativo na urina, positivo; hemoglobina, de 4,3 g/dL, hematócrito de 12,8%, contagem de plaquetas de 329.000/mm³, global de leucócitos de 15700/mm³, 1% de bastonetes; proteína C reativa, de 53 mg/d; urina rotina, com hemoglobina +++, muco +, epitélios 15/campo, piócitos 30/campo, hemácias 7/campo; Gram de gota, com vários bastonetes Gram negativos, e alguns coco-bacilos Gram lábeis.

Apresentava-se, à admissão no HRTN, hipocorada (+++/4), taquicárdica (130 bpm), com pressão arterial de 130/50 mmHg. O abdômen estava indolor à palpação. Havia sangramento vaginal, com coágulos na vagina, e material sanguinolento no interior do colo uterino, e odor fétido. O toque ginecológico revelou dor à mobilização do útero e do colo. A ultrasonografia (US) de urgência revelou restos ovulares no interior da cavidade uterina.

O diagnóstico foi de Abortamento Incompleto Infectado e Hemorragia Aguda. Foi solicitado novo hemograma e tipagem sanguínea ABO e Rh, e administrado concentrado de hemácias, Clindamicina e Gentamicina. A paciente foi submetida a curetagem uterina, sendo eliminada moderada quantidade de material sugestivo de restos ovulares, misturado à secreção purulenta de odor fétido.

Apresentava-se, duas horas após o procedimento, agitada, taquidispnéica, taquicárdica (177 bpm), com saturação periférica de oxigênio (SatO₂) de 96%. Fo-

ram administrados 100 mL de Hidroxietilamido 60 g/NaCl 0,9% 100 mL. A paciente foi internada no Centro de Terapia Intensiva sob suspeita de bacteremia/sepse.

Necessitou de intubação orotraqueal, aminas vasoativas, reposição volêmica e sanguínea, monitorização invasiva e avaliações laboratoriais periódicas. A antibioticoterapia foi modificada para Ciprofloxacino e Metronidazol. Sua melhora foi obtida em 40 horas, com retorno para a enfermaria. Evoluiu sem febre, com normalidade da pressão arterial sistêmica e melhora do estado geral. A alta hospitalar foi possível após as 72 horas de antibioticoterapia.

DISCUSSÃO

O abortamento infectado, embora ocorra com maior frequência em associação ao aborto traumático e clandestino, ocorre também em consequência de abortamento espontâneo incompleto, sobretudo precoce, isto é, até a décima semana de gestação. No abortamento espontâneo incompleto, os restos ovulares retidos mantêm a patência do colo uterino, favorecendo a ascensão bacteriana, constituindo-se em substrato para a proliferação bacteriana. No aborto clandestino, a multiplicação bacteriana é favorecida ainda pela necrose tecidual consequente ao traumatismo mucoso.

A incidência do aborto ilegal é maior em primigestas solteiras, mulheres de vida sexual irregular e múltiplas de baixa condição socioeconômica. Representam, economicamente, importante sobrecarga econômica devido aos gastos inerentes de internação hospitalar e à medida onerosa específica de seu tratamento.

Observa-se diminuição das complicações ligadas ao aborto em países onde é legalizado. Entretanto, em instituições especializadas onde as técnicas de assepsia e antisepsia são observadas, não é desprezível a incidência de infecção pós-aborto. As complicações infecciosas associadas ao aborto ocorrem mais comumente após a décima sexta semana de gestação. Pode advir ainda, como seqüela dos processos infecciosos, a redução da fertilidade, muitas vezes decorrente de sinéquias que se formam no interior da cavidade uterina.

Os principais micro-organismos envolvidos nos processos infecciosos são os agentes da microbiota genital e intestinal: coco anaeróbios, *E. coli*, bacterióides e *Clostridium perfringens (welchii)*.

A infecção associada ao aborto ocorre em três estágios de acordo com sua extensão e gravidade.

O estágio I é o mais comum em que a infecção se limita à cavidade uterina e decídua. No estágio II, a infecção estende-se para o miométrio, paramétrios, anexos e peritônio. O estágio III é o de maior gravidade e caracteriza-se por acometimento sistêmico e sepse. As manifestações clínicas iniciais são de hemorragia vaginal escassa, hipertermia e cólicas uterinas, relacionadas à eliminação dos restos ovulares. A progressão do processo infeccioso revelará taquicardia, taquipneia, dor difusa e constante em baixo ventre, relacionada a acometimento de paramétrios e peritônio. A contratura em flexão da coxa sugere extensão ao músculo psoas e sensações de tenesmo apontam para coleções purulentas no fundo de saco de Douglas e proximidades da ampola retal. O toque vaginal é bastante doloroso, podendo revelar ainda empastamento dos paramétrios e anexos. A presença de crepitações ao toque, enfisema cutâneo, icterícia e colúria indica a natureza anaeróbia da infecção por *Clostridium perfringens*.

A perfuração uterina deve ser sempre lembrada quando se suspeita de abortos criminosos. Nessas circunstâncias, a exploração instrumental deve ser realizada com cautela. A exploração digital deve sempre ser realizada quando a dilatação cervical é possível.

A avaliação complementar requer estudo: 1. Microbiológico (incluindo antibiograma) de material coletado da cavidade uterina, canal cervical e de punções; hemoculturas; 2. Hematológico: hemograma; coagulograma; 3. Bioquímico: dosagem sérica de bilirrubinas, ureia, creatinina, íons, e função hepática; 4. Exames de imagem: constituídos pela US e radiografia de abdômen, que podem ser úteis na investigação de abscessos e pneumoperitônio.

Devem ser ajuizados, em qualquer momento, a gasometria arterial, a punção de fundo de saco de Douglas, a punção abdominal e o controle hemodinâmico.

A antibioticoterapia deve ser administrada assim que o material biológico para cultura tenha sido coletado, sendo de opção a administração de antibióticos de amplo espectro, devido à natureza polimicrobiana da infecção. Os esquemas mais utilizados consistem em Ampicilina ou Penicilina associada à Aminoglicosídeos e Metronidazol. A Clindamicina associada à Gentamicina é igualmente eficaz. A falha desse esquema sugere presença de enterococos e requer a associação com Ampicilina ou Penicili-

na. Deve ser administrada Oxacilina, Clindamicina ou Vancomicina diante da suspeita ou confirmação bacteriológica de estafilococcia. O tratamento deve ser mantido até que a paciente se mantenha afebril e assintomática por 48 horas.

A curetagem deve, sempre que possível, ser antecedida pelo toque unidigital explorador da cavidade uterina. O adiamento desse procedimento até que seja corrigida a hipertermia pode prolongar a hospitalização e aumentar o risco de sepse.

Os focos purulentos devem sempre ser drenados. A via preferencial é o fundo de saco de Douglas. Os abscessos múltiplos, entretanto, demandam laparotomia com lavagem da cavidade com NaCl 0,9%.

A histerectomia, por sua vez, está indicada diante da refratariedade à curetagem e ao tratamento clínico de suporte adequado, quando há perfuração uterina, infecção pelo *Clostridium perfringens*, em abortamentos causados por tóxicos ou cáusticos, coagulopatia em curso e em múltiparas na primenopausa.

A laparotomia exploradora deve ser sempre realizada quando se suspeita de perfuração uterina ou em caso de abscessos múltiplos.

CONCLUSÕES

O abortamento infectado constitui urgência ginecológica que demanda abordagem precoce e sistematizada para minimizar seus impactos, considerando o risco de disseminação do agente infeccioso e o risco potencial de septicemia grave associado à infecção do material retido na cavidade uterina, na presença ou não de traumatismo do colo e do útero.

REFERÊNCIAS

1. Corrêa MD, Melo VH, Aguiar RALP, Corrêa Júnior MD. Noções Práticas de Obstetrícia. 13ª ed. Belo Horizonte: COOPMED; 2004.
2. Neme B. Obstetrícia básica. 3ª ed. São Paulo: Sarvier; 2006.
3. Williams JW, Cunningham FG. Williams Obstetric. 22nd ed. New York: MacGraw – Hill; 2005.
4. Rezende J. Obstetrícia. 10ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.
5. Moore KL, Persaud TVN, editores. Embriologia Clínica. 7ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2004.